DISSERTATION

N° 117.

SUR

LA LUXATION SPONTANÉE DU FÉMUR;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 juillet 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ANTOINE PANTHIN, de Veyrier,

Canton de Genève (Suisse).

Miseris succurrere disco.

VIRG., Æn., t. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. LAENNEC. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Maisonnabe.
Breschet.	Moreau.
Capuron.	Murat.
Chomel.	Parent du Chatelet.
Cloquet aîné.	Pavet de Courteille.
Coutanceau, *Examinateur.*	Ratheau.
De Lens.	Richard, *Suppléant.*
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin.	Ségalas.
Guersent.	Serres
Jadioux.	Thévenot.
Kergaradec.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON PÈRE

ET

DE MA MERE.

Regrets éternels.

A MON ONCLE,

J. PANTHIN.

Vous qui avez eu pour moi les soins et la tendresse du meilleur des pères, vueillez agréer ce faible essai comme un hommage de mon attachement et de ma sincère reconnaissance.

A MON ONCLE,

J. C. CORAJOD.

Témoignage de gratitude, de vénération et d'attachement.

A MONSIEUR LE RECTEUR J. F. MUFFAT.

Tribut d'estime et de reconnaissance.

A. PANTHIN.

DISSERTATION

SUR

LA LUXATION SPONTANÉE DU FÉMUR.

Avant de passer à l'histoire de cette maladie, j'ai cru qu'il serait bon de faire une description anatomique succincte de l'articulation coxo-fémorale.

La tête du fémur, tournée en haut, en dedans et un peu en avant, est convexe, et forme plus de la moitié d'une sphère. Sa surface, lisse dans toute son étendue, si l'on en excepte la partie moyenne inférieure, qui présente un enfoncement où s'attache le ligament rond, est recouverte d'un cartilage. Cette tête est supportée par une portion osseuse rétrécie, appelée *col*, à la base duquel on remarque deux éminences, l'une plus grosse, située en dehors et un peu en arrière, c'est le grand trochanter qui donne attache à la plupart des muscles rotateurs de la cuisse : l'autre, plus petite, à la partie interne postérieure ; c'est le petit, où s'insère le tendon commun des muscles grand spoas et iliaque réunis. La cavité cotyloïde est située à la partie latérale externe un peu antérieure de la face externe de l'os des îles, et un peu plus près de la partie inférieure de l'os que de la supérieure. Elle forme à peu près la moitié d'une sphère d'environ deux pouces de diamètre. Cette cavité regarde en

dehors, en avant et en bas, et est encroûtée dans ses quatre cinquièmes supérieurs d'un cartilage lisse et glissant, recevant dans le reste de son étendue une masse *cellulo-graisseuse*, regardée par *Cl. Havers* comme l'organe sécréteur de la synovie ; formant d'ailleurs un cul-de-sac parfaitement arrondi, et dont l'entrée est circulaire ; elle supporte très-bien le poids du corps sans fatigue, sans presser le peloton celluleux qui contient les parties vasculaires et nerveuses ; enfin, renfermant plus de parties molles qu'aucune autre, il s'ensuit qu'elle s'enflamme très-facilement. Son contour, environné d'un bourrelet fibreux qui en augmente la profondeur, présente trois échancrures : l'une très-grande, est située à sa partie interne et inférieure ; les deux autres, très-petites, se remarquent en haut et en arrière, en avant et en haut. La première est recouverte par un ligament qui la convertit en un trou par lequel passent les vaisseaux articulaires. Un ligament interne très-fort et une capsule fibreuse peu extensible et d'un tissu très-serré, plus faible en arrière qu'en avant, où sa résistance est aussi beaucoup plus nécessaire, affermissent cette articulation. Les mouvemens dont elle est susceptible sont ceux de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction, de rotation et de circumduction.

« Les auteurs ont défini la luxation spontanée du fémur, une « affection de l'articulation coxo-fémorale, dans laquelle la tête du « fémur, chassée peu à peu de la cavité cotyloïde, se porte sur la « face externe de l'os des îles, ou descend dans la fosse ovalaire. » Les premières notions que nous avons eues sur cette maladie nous viennent d'*Hippocrate*, qui la désignait sous le nom de *morbus coxarum*. Il en fait mention dans ses aphorismes 59 et 60, de la sixième section. *J. L. Petit* est le premier qui en ait donné une description exacte, comme on peut le voir dans un mémoire inséré parmi ceux de l'Académie des Sciences, pour l'année 1722. *Sabatier*, après lui, l'a également décrite avec beaucoup de précision dans les mémoires de l'Académie de Chirurgie. *Desault*, qui a eu

plusieurs fois occasion de l'observer, en rapporte trois exemples dans ses œuvres chirurgicales. Aujourd'hui tous les auteurs lui consacrent quelques pages dans leurs ouvrages; mais personne, à cet égard, ne nous a donné plus de documens que M. le professeur *Boyer*.

La maladie qui fait le sujet de cette dissertation est le plus ordinairement désignée par *luxation spontanée*. Au reste, on l'appelle encore *luxation symptomatique*, *luxation secondaire*, *luxation consécutive*, dénominations qui indiquent qu'il faut remonter à une affection préexistant au déplacement de l'os. M. le baron *Larrey* la nomme *fémoro-coxalgie*.

Les causes de la luxation spontanée du fémur sont externes ou internes; mais avant d'exposer ces causes efficientes, je vais en énumérer quelques-unes de prédisposantes.

On peut ranger, je crois, dans cette dernière catégorie, le tempérament, lymphatique, et tout ce qui peut le favoriser l'habitation dans les lieux bas et humides, le séjour dans les grandes villes.

Une chute, un coup sur les genoux, les pieds, mais surtout sur le grand trochanter, un mouvement forcé du membre avec tiraillement des ligamens, voilà des exemples de causes externes. *J. L. Petit* croyait que c'étaient les seules qui pussent la produire; il n'en est cependant pas toujours ainsi, puisque l'on voit très-souvent cette maladie se déclarer sous d'autres influences. On peut même dire que fréquemment, quand elle survient à la suite d'une contusion des parties articulaires, l'action physique n'en est que la cause éloignée.

On regarde comme causes internes les scrophules, le rhumatisme, le scorbut, le virus syphilitique, la matière morbifique attachée à certaines maladies, à la variole, à la rougeole, à la scarlatine, etc.; enfin, la suppression d'une blennorrhagie, la masturbation, une exostose de la cavité cotyloïde. Parmi elles, le vice rhumatismal est, après le scrophuleux, celui qu'on doit redouter davantage. Ces diathèses, il faut le dire, ne sévissent point constamment sur l'unique articulation coxo-fémorale. Elles peuvent n'en épargner au-

cune, et les rendre le siége de désordres identiques, ayant plus ou moins de gravité.

Les altérations auxquelles donne lieu la luxation spontanée n'étant pas toujours les mêmes et quant au siége et quant à la nature, les symptômes de cette maladie variant d'ailleurs, je crois devoir établir trois variétés de cette affection, suivant que le désordre affecte plus spécialement : 1.° les cartilages articulaires, le ligament rond et le paquet graisseux qui se trouve au fond de la cavité cotyloïde; 2.° le rebord de cette cavité; 3.° son fond.

Les deux premières nous offrent deux périodes, dont l'une comprend tous les symptômes et la marche de l'affection, depuis son invasion jusqu'au moment où la tête du fémur se luxe; l'autre renferme tous les phénomènes qui ont lieu depuis que la luxation s'est opérée, jusqu'à la terminaison de la maladie. La dernière variété ne se prêtant pas à la même division, je ne lui distinguerai qu'une seule période.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — *Première période.* Aucune maladie n'est peut-être plus urgente à reconnaître, attendu qu'il est d'expérience qu'au début seulement le traitement peut avoir quelque efficacité. De là, l'importance des premiers symptômes, ou de ceux de la première période. Méconnue ou négligée dès le principe, l'affection croît en gravité, devient très-sérieuse ou plutôt presque toujours elle devient mortelle. La nature a pu cependant être assez puissante pour dérober quelques victimes à ce triste sort; mais elle n'a pu rendre complet son ouvrage, empêcher la claudication. Au reste, ces exemples d'un succès inespéré sont peu nombreux; il convient alors que je rapporte, avant l'histoire des symptômes, un fait en preuve de cette toute-puissance de la vie.

Le nommé Pierre Mathieu, agriculteur, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une assez forte constitution, éprouva presque subitement, sans cause connue, des douleurs sourdes, affectant la hanche gauche, qui ne l'empêchèrent pas

de continuer ses travaux. La fatigue les augmenta; d'autres phénomènes, et notamment la claudication survinrent. Les souffrances n'étant pas très-vives, ses inquiétudes ne furent pas très-grandes, bien qu'il s'aperçût qu'il boîtait notablement. Le mal fit des progrès, et le membre finit par se luxer. Le chirurgien, appelé alors, reconnut, d'après les commémoratifs et l'état présent, une luxation spontanée du fémur en haut et en dehors. Il prescrivit le repos et autres remèdes indiqués; mais le malade souffrant peu et calculant son mal sur la douleur, loin de suivre ses conseils, se mit à marcher. Malgré le mouvement, les douleurs diminuèrent bientôt, et Mathieu guérit au bout d'un temps assez court, à l'aide d'une articulation contre nature, et d'un raccourcissement du membre. Chose surprenante, cette cure, à la vérité, imparfaite n'a été entravée par aucun accident.

Mais je m'empresse de venir à la symptomatologie. 1.° Dans la première période, le premier phénomène qui apparaît, c'est la douleur, qui a, selon la diversité de ses causes, des caractères particuliers. Ainsi elle est fréquemment aiguë, très-vive et capable d'empêcher tout mouvement à la suite de coups, d'actions physiques. Due à des causes internes, dépendantes du vice scrophuleux, elle est, le plus souvent, sourde et obscure comme ces principes. Il est remarquable que, dans l'un et l'autre cas, elle s'accompagne presque toujours d'un état de souffrance du genou correspondant, douleur concomitante, peut-être plus fréquemment accusée que la douleur primitive; ce qui a conduit à des erreurs de diagnostic, des chirurgiens ou trop inattentifs, ou peu exprimentés. Conséquemment, pour éviter une telle méprise toujours très-nuisible au malade, qui peut même dans quelques circonstances être la cause de sa mort, comme je l'ai observé une fois, il est nécessaire de soumettre à l'inspection des sens, de presser et le genou et la hanche. En touchant l'articulation fémoro-tibiale, la douleur n'est pas augmentée; par la pression de l'autre, elle devient plus vive. Au surplus, il faut tenir compte du gonflement des parties qui

entourent le bassin, et de l'augmentation de la douleur par les mouvemens.

2.° Le phénomène qui vient ensuite s'associer plus ou moins promptement au précédent, consiste dans l'allongement du membre, allongement tellement insensible d'abord, que l'œil le plus exercé ne peut l'apprécier. Le procédé le plus simple pour arriver à le reconnaître, consiste dans ces dispositions : on fait mettre le malade sur le dos, couché sur un plan horizontal, en ayant soin de disposer sur la même ligne transversale les épines antérieures et supérieures de l'os iliaque. En comparant alors les deux membres placés parallèlement, on remarque que le genou, la malléole interne et la plante du pied de celui qui est affecté, descendent plus bas que les mêmes parties du côté opposé. On ne peut cependant pas conclure, d'après cette inspection, que l'allongement dépende d'une luxation spontanée, puisque la *sacro-coxalgie* donne lieu au même phénomène. Il faut pour pouvoir affirmer qu'il est l'effet d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale, que le grand trochanter soit plus éloigné de la crête de l'os des îles que de l'autre côté. Mais n'est-il pas aussi curieux qu'utile de remonter jusqu'à la cause de cet allongement?

A cet égard les opinions sont partagées. La plupart des chirurgiens pensent qu'il dépend de l'engorgement des cartilages articulaires, du ligament rond, et du paquet graisseux que l'on rencontre dans la cavité cotyloïde. M. le baron *Larrey*, au contraire, croit qu'il est dû à l'état de relâchement et de paralysie dans lequel tombent les muscles environnant l'articulation, ainsi que les ligamens, notamment celui qui fixe le fémur dans le fond de sa cavité. Il appuie son opinion, sur ce que, loin d'avoir trouvé à l'autopsie ces parties gonflées, il les a, au contraire, rencontrées amincies et dissoutes. Ces altérations qu'il invoque à son appui ne peuvent étayer son opinion. Pour qu'elles pussent lui être favorables, il faudrait qu'il les eût observées à la première et non à la dernière période de la maladie, caractérisée par le raccourcissement du membre. D'ailleurs, des trois observations sur la luxation spontanée, rap-

portées dans les œuvres chirurgicales de *Desault*, la dernière surtout dépose contre M. *Larrey*, et paraît prouver que l'allongement provient de l'engorgement des parties ci-dessus mentionnées. Cette observation, d'autant plus intéressante qu'elle a été recueillie à une époque peu avancée de la maladie, est fournie par une femme, nommée *Marie-Genette*, entrée à l'Hôtel-Dieu pour l'affection dont il est ici question. Mais une dysenterie qui lui survint bientôt après son arrivée à l'Hôpital, l'enleva avant que la luxation eût fait de grands progrès. *A l'autopsie*, dit l'auteur, *on trouva les parties voisines de l'articulation manifestement tuméfiées, la capsule allongée de haut en bas. La tête du fémur, située au côté externe de la cavité cotyloïde, répondait en bas à la capsule très-tiraillée et dans une tension manifeste; en haut, au cartilage articulaire déjà gonflé, au point de remplir une partie de la cavité. La synovie était en moindre quantité que dans l'état naturel.*

Ajoutons que, si l'allongement provenait, comme l'a avancé M. *Larrey*, du relâchement des ligamens, de celui des muscles, ainsi que de leur paralysie, le membre devrait reprendre sa longueur naturelle, quand on cherche à faire rentrer dans sa cavité la tête du fémur en partie déplacée. Je ne vois pas non plus pour quoi l'extrémité inférieure s'allonge quand elle est placée dans une position horizontale ou demi-fléchie, assurée par des moyens convenables. Certes, cet effet ne devrait pas avoir lieu, si l'explication qu'il donne de l'allongement était fondée, puisque toutes les circonstances sont favorables pour le maintien de la longueur naturelle. En résumé, la première opinion paraît plus rationnelle; elle est justifiée par de plus nombreuses autopsies; elle semble, en conséquence, mériter la préférence.

3.° Dès que la longueur du membre est augmentée, cette disproportion dans les deux extrémités entraîne un nouvel accident, la claudication qui est proportionnée à la douleur et à cet allongement. Il se trouve dès-lors établi, que trois phénomènes, liés entr'eux, caractérisent le premier degré de la première variété. Passons maintenant à la deuxième période, celle de la luxation.

Deuxième période. Ceux qui la regardent comme consécutive à l'engorgement des parties articulaires, la concoivent ainsi. Ils disent que quand la tête du fémur est arrivée sur le bord de sa cavité, n'étant plus retenue, elle obéit à l'action musculaire, et se porte toujours sur la face externe de l'os des îles, y cherchant un point d'appui. On observe alors tous les phénomènes de la luxation primitive en haut et en dehors : le membre est raccourci et rapproché de celui du côté opposé ; le genou et la pointe du pied sont tournés en dedans, et ne peuvent être ramenés à leur direction naturelle ; le grand trochanter, plus proéminent, est rapproché de la crête de l'os des îles, et soulève les muscles fessiers qui le recouvrent. *J. L. Petit* l'explique de la manière suivante.

Lorsque, dit-il, *dans une chute, le grand trochanter est frappé, la tête du fémur est violemment poussée contre les parois de l'ischion ; et comme elle remplit exactement cette cavité, les cartilages qui recouvrent l'une et l'autre, les glandes de la synovie, et le ligament rond doivent souffrir une violente contusion, laquelle sera suivie d'obstruction, d'inflammation et de dépôt. La synovie se déposera en plus grande quantité, remplira la capsule ou tunique ligamenteuse, et toute la cavité de l'articulation, ce qui sera peu à peu suivi de luxation. Puisque cette synovie qui s'épanche toujours, et même alors plus que dans l'état de santé, n'est plus dissipée par les mouvemens de la partie, elle chassera la tête de l'os avec d'autant plus de facilité que, relâchant les ligamens, elle les met hors d'état de résister, non-seulement aux efforts qu'elle fait pour chasser l'os de sa boîte, mais même à ceux que font ces muscles pour la tirer en haut. Ainsi l'allongement du ligament rond se fait peu à peu ; ainsi la douleur augmente, et ne diminue que quand ce ligament, tout-à-fait relâché ou rompu, aura abandonné la tête de l'os à toute la puissance des muscles qui la tirent en haut.*

L'hypothèse d'une sécrétion synoviale si abondante, sans celle d'une résorption proportionnée, en nécessite une bien plus inexplicable, la puissance de ce liquide épanché, supérieure à la force

des tissus ligamenteux et musculaires. Il n'est pas nécessaire, je crois, d'insister davantage sur la réfutation d'une semblable opinion.

M. *Larrey*, conséquent avec sa doctrine, émet que la luxation ne peut être le pur et simple résultat de la maladie. Toutes les fois que le déplacement s'observe, il dépend toujours, dit-il, d'une chute, d'un mouvement forcé du membre. Telle est, selon lui, la condition rigoureuse pour qu'il en soit ainsi.

Il est bien permis de penser, malgré son autorité, que les désordres survenus dans l'articulation, joints à l'action musculaire, peuvent amener la luxation, surtout quand on la voit survenir chez des individus alités depuis long-temps, et soumis à un repos presque absolu.

Le sort des malades à la suite de la luxation est différent. Chez quelques-uns, le mal trouve ici ses limites : les douleurs diminuent peu à peu et finissent par disparaître entièrement ; on s'en trouve quitte pour la claudication. Le plus communément, au contraire, les douleurs continuent avec plus d'intensité ; la fesse s'engorge, devient dure et sensible ; la peau se tend ; on voit se former différens abcès, qui s'ouvrent spontanément à moins que l'art n'en prévienne l'ouverture. Dans l'un et l'autre cas, la plaie qui en résulte reste fistuleuse ; le pus qui en découle, d'abord épais et inodore, devient bientôt séreux, âcre et fétide. Dès-lors il ne tarde pas à être résorbé ; l'appétit se perd ; la fièvre lente et le dévoiement surviennent, ainsi que d'autres signes précurseurs d'une fin prochaine. C'est ainsi que succombent ces malheureux, si long-temps tourmentés, et après être arrivés au dernier degré du marasme. Cependant quelques-uns échappent à une mort imminente ; heureuses, mais trop rares exceptions qui s'effectuent ainsi : les fistules, qui d'abord donnaient beaucoup de pus, en fournissent moins de jour en jour ; le foyer purulent finit par s'éteindre ; les souffrances, le dévoiement, la fièvre disparaissent graduellement ; l'appétit, les forces reviennent peu à peu ; la guérison s'obtient enfin.

à l'aide d'une ankylose. Mais la nature met ordinairement un temps très-long pour arriver à un résultat aussi avantageux.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. Cette seconde espèce de luxation spontanée est marquée dans sa *première période* par les phénomènes diagnostiques du premier degré de la première variété. Quelques légères modifications d'intensité en font toute la différence. Ainsi la douleur, au lieu d'être vive, est ordinairement, dans ce cas, sourde et profonde: l'allongement, peu considérable, est quelquefois si peu sensible, que quelques auteurs en ont nié l'existence; M. le professeur *Boyer* dit cependant l'avoir toujours observé. La claudication est aussi moins prononcée. Il y a de l'engorgement autour de l'articulation; on voit en outre quelquefois se former dans le voisinage du lieu affecté, des abcès qui présentent les caractères de ceux par congestion. Ils occupent ordinairement la partie supérieure interne ou externe de la cuisse.

La *deuxième période* commence après que la luxation a suivi la carie du pourtour de l'articulation. Si cette carie a détruit le bord supérieur externe de la cavité cotyloïde, ce qui arrive le plus ordinairement, la luxation en haut et en dehors s'effectue; si, au contraire, c'est sa partie inférieure interne qu'elle a corrodée, chose très-rare, on remarque que c'est la luxation en bas et en dedans qui a lieu. Dans le premier cas, on observe tous les phénomènes de la luxation primitive en haut et en dehors. En ayant parlé ailleurs, je n'y reviendrai pas ici. Dans le second, la tête du fémur, au lieu de monter sur la face externe de l'os iliaque, se porte dans la fosse ovalaire logée entre le muscle obturateur externe et le ligament du même nom. Le membre, loin d'être raccourci, est allongé; la cuisse éloignée de celle du côté opposé; le genou et la pointe du pied sont tournés en dehors. Si l'on examine la partie supérieure de la cuisse, on trouve à sa partie interne, au-dessous de l'aine, une tumeur formée par la tête de l'os luxé; la fesse est ordinairement aplatie, les muscles adducteurs sont tendus.

La carie continuant ses ravages, les abcès dont j'ai parlé dans la première période prennent de l'accroissement; ou s'ils n'existaient pas encore, on ne tarde pas à les voir paraître. Il s'en forme quelquefois d'autres à la fesse, qui sont le résultat de l'engorgement des parties. Ces abcès, lorsqu'ils ont été ouverts, fournissent un pus mal élaboré, et leurs ouvertures restent fistuleuses. Enfin on voit survenir tous les symptômes alarmans mentionnés dans la deuxième période de la première variété. Ici se termine ce que j'avais à dire concernant cette variété; je passe maintenant à la troisième.

TROISIÈME VARIÉTÉ. Dans celle-ci, la carie porte ses funestes atteintes sur le fond de la cavité. Tant qu'elle est limitée, les douleurs sont sourdes et profondes; on observe quelquefois des abcès par congestion à la partie supérieure de la cuisse; le membre affecté n'est point très-douloureux à mouvoir, seulement il est plus long que l'autre. Il se raccourcit, au contraire, si les désordres sont très-étendus; le grand trochanter se porte en même temps en haut et en dedans quand le fond de la cavité est entièrement détruit, et que la tête du fémur, qui participe quelquefois à la carie, a passé dans le bassin, comme l'a observé une fois M. *J. Cloquet.* Les douleurs sont alors très-vives, et se font surtout sentir du côté de l'abdomen; des abcès par congestion se forment au périnée, les mouvemens sont plus difficiles et plus douloureux; enfin surviennent tous les phénomènes annonçant une mort prochaine.

Après l'exposition des symptômes propres à chaque variété de la luxation spontanée, je suis naturellement conduit au diagnostic de cette maladie.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer l'établissent suffisamment, ce me semble; aussi, crois-je inutile de reproduire ici ce que je viens d'exposer. Je me contenterai de distinguer cette affection de quelques autres qui peuvent avoir quelque analogie avec elle. Ainsi, la fracture du col du fémur, quand le raccourcissement du membre n'a lieu que quelques jours après l'accident, sera reconnue aux circonstances commémoratives, à la crépitation, à la possibilité de don-

ner au membre sa longueur naturelle au moyen d'une extension plus ou moins forte, à la direction de cette extrémité presque toujours portée en dehors avec possibilité de la ramener en dedans, à l'absence des douleurs au genou, etc. Les symptômes propres à la luxation primitive du fémur soit en haut et en dehors, soit en bas et en dedans, sont trop tranchés pour prendre l'une de ces deux maladies pour une luxation secondaire. Quant à la sciatique, ce qui empêchera de la confondre avec l'affection de l'articulation coxo-fémorale, ce sont les caractères suivans : son invasion est ordinairement subite, et se manifeste par une douleur des plus violentes, qui des échancrures sciatiques se dirige vers les parties externes de la hanche, et se porte dans toutes les divisions du nerf sciatique jusqu'au pied, sans être jamais accompagnée de gonflement. Il est bien plus difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer un rhumatisme fixé sur l'articulation du fémur avec l'os innominé, d'une luxation spontanée commençant, qui est à son début, ou seulement avec un allongement d'une ou deux lignes. Dans un cas aussi épineux que celui-là, ce qui peut, je crois, établir quelques présomptions en faveur de la première maladie, c'est son existence antérieure dans d'autres articulations affectées soit simultanément soit séparément, sa mobilité, etc., caractères qui, certainement, n'appartiennent point à la luxation spontanée.

Le prognostic varie selon une foule de circonstances : l'âge, le tempérament ; selon les causes, les périodes de la maladie; selon l'espèce, les complications, le nombre et le volume des foyers purulens consécutifs ; enfin, selon les méthodes de traitement.

Si elle affecte un enfant, et qu'on ne lui donne pas dès le principe les soins qu'exige son état, elle est plus grave que chez un adulte, parce qu'elle marche plus rapidement chez le premier que chez le dernier. Le contraire a lieu si le jeune malade est soumis à un traitement méthodique. Elle est plus souvent fatale chez un sujet lymphatique, scrophuleux, que chez celui qui est doué d'un tempérament sanguin. Les luxations spontanées qui se déclarent à la suite d'un coup, d'une chute, sont ordinairement moins à craindre que

celles qui sont le résultat d'une cause interne. La maladie est-elle récente, n'a-t-elle surtout point été soumise à des traitemens antérieurs, il est raisonnable alors de concevoir l'espérance d'en triompher. Dans des circonstances opposées, l'espoir du chirurgien est presque nul. L'affection consiste-t-elle dans l'engorgement des parties articulaires, elle est moins dangereuse que quand elle dépend de la carie du rebord ou du fond de la cavité cotyloïde. Cette dernière altération est surtout celle qui doit inspirer le plus de crainte. Se forme-t-il des abcès, elle est plus grave que quand il n'en survient point. Sont-ils par congestion ou dépendent-ils de l'engorgement des parties, les jours des malades sont certainement moins exposés dans le dernier cas que dans le premier. Mais ce qui contribue puissamment à rendre cette affection si souvent funeste, ce sont les méprises dont elle est l'objet; c'est la prescription si onéreuse d'un repos absolu pendant plusieurs mois, nécessité à laquelle les malades, pour la plupart, ne veulent pas souscrire.

Je suis ainsi amené à l'exposition des moyens thérapeutiques, tant externes qu'internes. Pour le dire, en général, les remèdes employés à l'extérieur sont nombreux : on compte surtout les saignées générales et locales, les ventouses sèches et scarifiées, les cataplasmes émolliens et anodins, les fomentations de même nature, les cautères, les moxas, le séton, les vésicatoires. A l'intérieur, on a mis à contribution divers médicamens en rapport avec les causes du mal.

Je vais donc mettre tous mes soins à la recherche de l'emploi le plus opportun de chacun de ces moyens, et à la plus sage de leurs combinaisons.

Le précepte le plus important, d'observation rigoureuse dans tous les temps de la maladie, c'est celui du repos. Par là on entend qu'il faut éviter tous les grands mouvemens du tronc, et d'empêcher surtout toute action de la part du membre malade. Il semble que les autres moyens ne soient qu'accessoires, car il n'y a que celui-là d'absolu. La méthode antiphlogistique, combinée suivant les cas aux anodins, devra combattre bien avantageusement

la luxation spontanée récemment provoquée sous l'influence d'agens physiques; car ces causes, l'intensité des douleurs, quelquefois le gonflement de la hanche, signalent, certes, une irritation vive des parties affectées : cet appareil de phénomènes servirait encore à motiver un semblable traitement, quand, d'ailleurs, elles seraient différentes, c'est-à-dire internes. J'observe en même temps que des moyens d'un autre ordre doivent être employés contre la luxation due à des causes ou vices internes, accompagnée d'un cortége de symptômes tout différens des précédens. La méthode révulsive a alors des avantages incontestables; les sétons, les cautères, les moxas, les vésicatoires, etc., sont ses moyens. L'expérience, qui a démontré leur utilité, a prouvé à M. *Boyer*, dans de nombreuses circonstances, l'effet plus heureux des vésicatoires. Aussi ce grand praticien n'hésite-t-il pas à leur donner la préférence. On commence par appliquer le premier à la partie antérieure supérieure et un peu externe de la cuisse. Il n'est enlevé qu'au bout de vingt-quatre heures et avec les précautions nécessaires pour ne pas emporter l'épiderme. On ouvre, à la partie la plus déclive, la poche qui s'est formée, pour évacuer la sérosité qu'elle renferme; puis on panse avec du cérat simple. A ce premier, on en fait succéder un second; à ce deuxième, un troisième, etc. La diminution de la douleur et de l'allongement est un signe de leur succès, et deviendra la mesure du nombre auquel il convient de s'arrêter. Trois ou quatre suffisent chez les uns, tandis que chez d'autres il en faut quinze à vingt et même plus. Dans le cas de leur inefficacité, c'est-à-dire quand on peut leur supposer une action trop légère, on n'aura point oublié qu'il y a des moyens plus énergiques, tels que le moxa, le cautère, etc. Il n'est pas moins à propos de faire une remarque contraire : il est indiqué, ce me semble, de leur substituer des remèdes calmans, doux, dès qu'ils sont devenus trop excitans, trop actifs. Je regarde aussi comme convenable dans ces cas, je veux dire quand la maladie résulte d'une cause interne, l'association de médicamens internes spécialement

dirigés contre cette cause. Ainsi, si c'est la diathèse scrophuleuse, on emploiera les amers, les toniques : quinquina, gentiane, le vin et le sirop antiscorbutique, etc. Les alimens devront être nourissans et d'une facile digestion.

En résumé donc, l'appréciation de la constitution des malades, des causes, des symptômes, etc., servira de base aux modifications du traitement.

C'est par la combinaison de ces différens moyens que l'on parvient, dans quelques cas, à triompher du mal. L'apparition de changemens avantageux impose au malade la persévérance, la continuation du repos, un redoublement de prudence. Il y aura de la sagesse à garder le lit encore quelque temps, à se lever rarement, et toujours en recourant à des soutiens artificiels, bien que les douleurs soient dissipées et le membre revenu à sa longueur naturelle. Enfin quand il osera s'appuyer sur la partie affectée, il ne le fera d'abord que pendant quelques instans. Lorsqu'il pourra marcher, il s'aidera d'une canne ; il évitera la fatigue et tout mouvement forcé, etc. Si malgré ces précautions les douleurs se réveillent, il est instant d'imposer de nouveau au malade le repos et les rigueurs du commencement du traitement. C'est un revers bien grand, sans doute, mais il est moins affligeant que de voir, sous l'influence des moyens les plus rationels, la luxation s'effectuer. Cet accident, par lui-même, par ses résultats, ne peut manquer d'offrir des indications particulières. Tel est le dernier point qu'il me reste à indiquer.

A l'apparition de la luxation, le chirurgien ne peut ambitionner la réduction, la cure radicale. Son vœu se borne à voir la tête du fémur se créer un nouveau point d'appui ou une nouvelle cavité dans le lieu où elle repose, et selon le mode le plus favorable à l'étendue et à la facilité des mouvemens. L'indication consiste donc, ce me semble, à chercher à favoriser ce résultat par la continuation d'un traitement méthodique et rationel, par celle du repos et par la fixation du membre dans une position et une direction parallèles à celles de l'extrémité opposée. Mais comme par le fait de la sortie de

l'os, de ses conditions, de ses rapports nouveaux, autant que par celui des progrès du mal, d'autres accidens se présentent, et notamment des foyers purulens, j'ajoute quelques considérations à cet égard.

Ces abcès offrent tantôt les caractères de ceux par congestion, tantôt ceux des abcès froids. Ceux-ci seulement, soit pour favoriser leur formation et la rendre moins douloureuse, seront recouverts de cataplasmes émolliens ou anodins, suivant l'intensité des douleurs. On abandonnera à la nature l'ouverture des uns et des autres; et quand l'art sera obligé de la pratiquer, le chirurgien ne le fera que par une simple ponction. Cette ouverture, qui devient toujours fistuleuse, sera recouverte de diachilon gommé; les plaies seront tenues le plus proprement possible; et on aura soin de recouvrir de fomentations ou de cataplasmes émolliens les parties de la peau qui viendraient à s'enflammer. Mais que peuvent ces moyens quand la maladie est si avancée! Dans la plupart des cas, le chirurgien voit avec douleur échouer tout ce que la sagesse et la prudence ont pu lui dicter. Cependant il arrive quelquefois que la maladie marche vers la guérison; il est bon alors d'employer des injections détersives pour favoriser la sortie du pus. Dans tous les cas, il faut soutenir les forces du malade. Quand il est convalescent, et qu'on n'a pas à craindre de renouveler l'inflammation, on peut lui faire prendre quelques douches ou quelques bains d'eaux minérales sulfureuses.

Maintenant que je viens de tracer brièvement les règles de traitement de la luxation spontanée, je vais m'occuper des altérations nombreuses et différentes que nous offre cette maladie à l'ouverture des cadavres.

Quand c'est la première variété, et qu'elle est à sa première période, les parties voisines de l'articulation sont tuméfiées, la capsule est allongée de haut en bas. La tête du fémur est située au côté externe de la cavité cotyloïde, et répond en bas à la capsule très-tiraillée et dans une tension manifeste; en haut, au cartilage articulaire gonflé. A la deuxième période, les cartilages articulaires, le

paquet graisseux et les débris du ligament rond, sont gonflés et remplissent la cavité cotyloïde. Ces parties sont parfois comme lardacées. La tête du fémur, placée sur la face externe de l'os iliaque, s'y est ankylosée, ou s'y est formé un commencement d'une nouvelle cavité. On trouve çà et là des foyers purulens dans les parties environnantes.

Dans la deuxième variété, le rebord de la cavité cotyloïde est carié en tout ou en partie seulement. La partie de l'os des îles, sur laquelle est placée la tête du fémur, participe quelquefois à l'altération de la cavité. Les foyers purulens que l'on remarque, conduisent, par des trajets fistuleux, au siége du mal

Dans la troisième, c'est le fond de la cavité qui est affecté de carie. Il est parfois perforé, de manière que cette ouverture établit une communication facile entre cette cavité et celle du bassin, dans laquelle on trouve alors des amas d'un pus sanieux et fétide. On rencontre également dans ce cas des abcès par congestion au périnée et à la partie supérieure externe de la cuisse. La tête du fémur est elle-même assez souvent détruite, sinon en totalité, du moins en partie.

Pour compléter, le plus qu'il m'est possible, la tâche que je me suis imposée, et qui est bien au-dessus de mes forces, je vais terminer par deux observations, bien que je puisse en rapporter un plus grand nombre.

I.re obs. F... D..., âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris le 12 mars 1824. Le lendemain de son entrée, interrogé sur sa maladie par le chirurgien en chef de cet établissement, il dit éprouver, depuis trois mois environ, des douleurs à la hanche gauche, sans en pouvoir déterminer la cause. Avant sa réception à cet hôpital, le malade n'avait pris que quelques bains, et on ne lui avait appliqué que quelques sangsues autour de l'articulation. Pendant tout son séjour, il fut soumis au même traitement, auquel on ajouta des

douches et des bains sulfureux, des frictions avec de l'onguent mercurielle long du trajet du nerf sciatique, et des cataplasmes émolliens autour de l'articulation. Le 29 avril, le malade qui n'allait pas mieux, voulut sortir de l'Hôtel-Dieu, pour se confier aux soins de M. *Boyer*, à qui il se présenta le jour de sa sortie, et qui le reçut immédiatement. Le membre affecté, comparé à l'autre, offrit à ce professeur un pouce d'allongement. Il fit de suite appliquer un vésicatoire volant à la partie antérieure un peu externe de l'articulation, et à l'intérieur il prescrivit une tisane amère pour boisson habituelle. Après la dessiccation de ce premier vésicatoire, ce célèbre praticien qui reconnut que le membre avait déjà diminué de longueur, en ordonna un second, puis un troisième, un quatrième, etc. Après la dessiccation de ce dernier, c'est-à-dire le 17 mai, le membre était revenu à sa longueur naturelle, et les douleurs avaient entièrement disparu. Malgré cette amélioration, M. le professeur *Boyer* jugea à propos de les continuer jusqu'au douzième, époque à laquelle le malade commença à se lever. Huit jours après, 1.^{er} juillet, il sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Ayant pu suivre ce malade dès sa sortie de la Charité, j'ai pu m'assurer que la cure était radicale. Seulement il éprouve, de temps à autre, de la douleur dans l'articulation, lors des variations atmosphériques.

II.^{e} OBS. Pierre Maurice, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, éprouvait depuis longtemps des douleurs sourdes à la hanche droite, lorsqu'il se confia aux soins de son médecin. Les circonstances commémoratives, des douleurs qui se prolongeaient jusqu'au genou correspondant, et l'allongement du membre ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'affection. Le malade fut de suite mis au lit, et on commença le traitement par les vésicatoires. Les premiers ne produisirent aucun effet; ce ne fut qu'après le septième que le membre commença à se raccourcir. Dès ce moment, la maladie marcha assez vite vers la guérison;

les douleurs diminuèrent de jour en jour, et l'extrémité allongée reprit sa longueur naturelle, après l'application du seizième vésicatoire. Ce ne fut qu'un mois après cette amélioration qu'il commença à se lever. Encouragé par ce succès, le malade a continué cet exercice, dont il s'est bien trouvé. Actuellement il paraît bien guéri de son affection, et il peut se livrer sans souffrir à ses occupations.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abscessus fiunt. *Sect.* 4, *aph.* 32.

II.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

Quibus diuturno coxendicis morbo vexatis coxa excidit, et rursùs incidit, his mucus innascitur. *Sect.* 6, *aph.* 59.

IV.

Quibus à diuturno coxendicis morbo vexatis coxa excidit, his crus tabescit, et claudicant, nisi usti fuerint. *Ibid.*, *aph.* 60.

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

VI.

Si abscideris os, cartilaginem, vel nervum, vel maxillæ tenuem partem, vel præputium, hæc non crescunt, neque in integrum restituuntur. *Sect.* 6, *aph.* 19.